263

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT

263

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N° .....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

R. BERTEAU

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TYPHOSE SYPHILITIQUE

Président de Thèse : M. le Professeur E. JEANSELME

PARIS

ÉDITIONS MÉDICALES

7, Rue de Valois,

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER.	MM.
Anatomie descriptive	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Histologie	PRENANT.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Chimie	DESGREZ.
Physique	André BROCA.
Parasitologie	BRUMPT.
Bactériologie	BEZANÇON.
Physiologie	RICHET.
Pathologie expérimentale	ROGER.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie externe	LECÈNE
Pathologie interne	RÉNON.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique	CARNOT.
Opérations et appareils	Pierre DUVAL.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine	MÉNÉTRIER.
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	GILBERT.
Cliniques médicales — Beaujon	CHAUFFARD.
Cliniques médicales — Cochin	WIDAL.
Cliniques médicales — Saint-Antoine	ACHARD.
Clinique thérapeutique de la Pitié	VAQUEZ.
Clinique chirurgicale — Hôtel-Dieu	HARTMANN.
Clinique chirurgicale — Saint-Antoine	LEJARS.
Clinique chirurgicale — Cochin	DELBET.
Clinique chirurgicale — Salpêtrière	GOSSET.
Clinique obstétricale — Tarnier	BAR.
Clinique obstétricale — Baudelocque	COUVELAIRE
Clinique obstétricale — Pitié	BRINDEAU.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
— des maladies infectieuses	TEISSIER.
— des maladies nerveuses	P. MARIE.
— des maladies mentales	DUPRÉ.
— infantile médicale	NOBÉCOURT.
— d'hygiène de la première enfance	MARFAN.
— infantile chirurgicale	Auguste BROCA.
— des voies urinaires	LEGUEU.
— gynécologique	FAURE.
— ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
— oto-rhino-laryngologique	SEBILLEAU.
Physiologie appliquée à l'éducation physique	LANGLOIS, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE ;

MM.			
ABRAMI.	DESMARETS.	LAIGNEL-LAVASTINE.	PHILIBERT.
ALGLAVE.	DUVOIR.	LARDENNOIS.	RATHERY.
BASSET.	FIESSINGER.	LE LORIER.	RETTERER.
BAUDOUIN.	GARNIER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BLANCHETIÈRE.	GOUGEROT.	LEREBOULLET.	RICHAUD.
BRANCA.	GUENIOT.	LEQUEUX.	ROUSSY.
CAMUS (J.).	GUILLAIN.	LERI.	ROUVIÈRE.
CHEVASSU.	GUILLEMINOT.	LÉVY-SOLAL.	SCHWARTZ.
CHAMPY.	GRÉGOIRE.	MATHIEU.	TANON.
CHIRAY.	HEITZ-BOYER.	METZGER.	TERRIEN.
CLERC.	JEANNIN.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
DEBRÉ.	JOYEUX.	MULON.	VILLARET.
	LABBÉ (H.).	OKINCZYC.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MA MERE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR JEANSELME

de l'Académie de Médecine, Chevalier de la Légion d'Honneur. Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

GÉNÉRALITES

Les anciens auteurs tels que A. Paré, Frascator pensaient que la vérole ne connaissait pas la fièvre et tout au plus lui concédaient-ils une pyrexie qu'à l'occasion et par l'intermédaire de certaines de ses manifestations à processus inflammatoire et éruptif que le Professeur Fournier a appelé : accidents fébriles symptomatiques.

Aujourd'hui la question est nettement posée : il existe quelquefois au début de l'affection syphilitique une association de troubles morbides, fièvre, asthénie, stupeur qui rapprochent la syphilis des maladies infectieuses aiguës, de la dothiénentérie en particulier.

Nous avons donc fait de ce syndrome, ayant son individualité propre et paraissant procéder directement de l'infection syphilitique sans intermédaire appréciable, le sujet de notre thèse inaugurale. Mais avant d'entrer dans le vif de notre sujet, nous tenons à adresser nos remerciements à M. le Profes-

seur Jeanselme, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse; ainsi qu'à M. le Docteur Schulmann qui nous a guidé dans le choix de notre sujet de thèse et ne nous a pas ménagé ses conseils. Nous l'en remercions bien sincèrement.

HISTORIQUE

L'existence de la typhose syphilitique était soupçonnée par les auteurs anciens et bien qu'il n'y ait pas de travaux d'ensemble sur cette question et que ce ne soit qu'incidemment que les auteurs y faisaient allusion; néanmoins, en 1863, Lancereaux disait :

« La fièvre syphilitique peut-être continue et pour peu qu'elle s'accompagne de céphalée, de lumbago, de nausées, d'hébétude, de stupeur et d'épistaxis, on conçoit qu'elle puisse simuler la fièvre typhoïde. »

C'est au Professeur Fournier que revient le mérite d'avoir isolé ce syndrome, d'avoir compris qu'il s'agissait là d'une véritable entité clinique et nous ne pouvons faire autrement que de citer cette belle page qui subsiste encore à l'heure actuelle tout entière :

« La fièvre syphilitique est rarement isolée, se produisant à une époque où la diathèse est généralement appelée à coïncider d'habitude avec tels ou tels autres symptômes secondaires. De là des associations multiples et variées, de là des différences

notables dans l'allure et dans la physionomie générale que peut revêtir cette fièvre ; de là parfois aussi des apparences insidieuses qui courent le risque de donner le change au médecin et de conduire aux erreurs de diagnostic les plus inattendues.

En se combinant à l'asthénie, la fièvre syphilitique peut se rapprocher de ce qu'on appelle communément l'état typhoïde ; on le prendrait alors, à ne considérer que l'habitus et les phénomènes extérieurs, pour une fièvre typhoïde, symptômes fébriles plus ou moins accusés (pouls oscillant entre 110 et 120, température axillaire à 38°5, 39°, 39°5), malaise fortement accentué surtout dans le sens de l'adynamie, brisement, accablement des forces, prostration véritable, troubles sympathiques plus marqués que d'habitude : langue un peu saburrale, soif, anorexie ; état asthénique de toutes les fonctions, pouls mou, dépressible ; céphalalgie continue, vertiges ; bourdonnements d'oreilles ; parésie des sens ; hébétude intellectuelle, engourdissement, torpeur, somnolence.

Un tel ensemble ne rappelle-t-il pas quelques-uns des traits caractéristiques de la fièvre typhoïde ? En apparence au moins, je vous l'affirme, il est des plus trompeurs. La première impression qu'on éprouve en face d'un malade qui se présente sous cet aspect, conduit presque forcément au soupçon d'une dothiénentérie ; il ne faut rien moins qu'un

examen plus intime des troubles morbides pour rectifier ce premier diagnostic. C'est à cet ensemble de symptômes que j'ai cru devoir donner le nom de typhose syphilitique. Grâce, Messieurs, pour ce néologisme; peut-être aura-t-il l'avantage d'appeler l'attention sur des phénomènes peu connus et qu'il importe de bien connaître en pratique ».

En 1901, le professeur Carrière à propos de deux observations de typhose syphilitique, donne dans la Gazette des Hôpitaux une analyse clinique détaillée, en s'efforçant de rechercher s'il n'y aurait pas de signe pathognomonique différentiel avec les affections se manifestant par un état typhoïde et au premier chef avec la dothiénentérie.

Pour le Professeur Carrière, les difficultés de diagnostic avec la fièvre typhoïde pouvaient être insurmontables, surtout si le malade n'avouait pas sa syphilis. Aussi était-il amené, en dehors :

Du séro-diagnostic,

De l'absence de bacilles d'Eberth dans les selles ou le liquide retiré par la ponction de la rate,

De l'épreuve du traitement spécifique, à rechercher des éléments de diagnostic différentiel dans l'examen du sang et de dire que :

« Dans la typhose syphilitique l'hypoglobulie est plus accentuée ainsi que la microcythémie; l'hémoglobine diminue beaucoup plus que dans la fièvre typhoïde. Il y a hyperleucocytose dans la typhose

syphilitique, hypoleucocytose dans la dothiénentérie. »

Enfin, il examine le cas où l'on pourrait croire à une fièvre typhoïde évoluant chez un syphilitique; autrement dit l'état typhoïde est-il le fait du bacille d'Eberth ou de l'agent de la syphilis. Contre cette croyance, il donne les arguments suivants :

1° Invraisemblance de voir l'association relativement fréquente de la typhoïde et de la syphilis;

2° Nouvelle invraisemblance de voir coïncider la fièvre typhoïde avec l'éruption de la période secondaire de la syphilis;

3° L'influence du traitement spécifique;

4° Le séro-diagnostic de Widal négatif dans la typhose syphilitique.

De cette argumentation, il en arrive à conclure que :

« La typhose syphilitique n'est pas une association de syphilis et de fièvre typhoïde; c'est une entité clinique dans laquelle la syphilis produit un ensemble de phénomènes généraux qui lui donnent le masque de la dothiénentérie. »

En somme l'affirmation de l'existence de la typhose syphilitique par le Professeur Fournier se trouve confirmer par le travail du Professeur Carrière.

La même année, à Lille, paraît la thèse de Bournoville, dans laquelle nous relevons un effort pour

expliquer la pathogénie de ce syndrome et l'auteur arrive à cette conclusion :

« La typhose syphilitique paraît due l'évolution d'un virus syphilitique hypervirulent sur un terrain affaibli. »

Mais, de l'aveu du Professeur Carrière lui-même, cette pathogénie ne lui paraît pas certaine et nous nous proposons de montrer qu'elle ne résiste pas à l'examen.

La 2e proposition cependant « sur un terrain affaibli » paraîtrait plus tentante, d'après les arguments suivants donnés dans la thèse de Bournoville.

1° La typhose syphilitique se rencontre de préférence chez les surmenés;

2° L'examen du sang montre qu'il y a hypoglobulie, diminution de l'hémoglobine, légère hyperleucocytose portant surtout sur les polynucléaires, ce qui n'indique pas une leucocytose de défense, ce rôle étant dévolu aux lymphocytes.

3° Enfin, il y a de l'insuffisance hépatique, de la diminution de la perméabilité rénale et de l'activité glycolytique des tissus.

Mais, comme le remarque l'auteur, bien que ces résultats soient la preuve évidente de l'affaiblissement de l'organisme, il y a une dernière question à se poser : cet affaiblissement est-il la cause ou l'effet de la typhose ?

Donc, si nous voyons jusqu'à ce jour la typhose

syphilitique prendre naissance, grâce au sens clinique du Professeur Fournier d'abord, du Professeur Carrière ensuite, il n'en est pas moins vrai que le problème pathogénique reste entier.

Depuis lors, nous trouvons un certain nombre d'observations publiées, tant en France qu'à l'étranger, où les faits sont enregistrés d'une façon passive, sans aucune interprétation. Parmi ces observations cependant, il en est une qui nous paraît plus instructive et que nous retiendrons, c'est celle de Rolleston qui figure dans le « Medical Pressand Circular., 20 mars 1907 » en ce qui concerne un cas très net de typhose syphilitique suivie de mort et où l'autopsie a révélé des lésions de syphilis cérébrale.

ÉTIOLOGIE

La Typhose syphilitique est très rare et le Professeur Carrière dit n'en avoir rencontré que deux cas en dix ans. Le Professeur Fournier lui-même écrivait au Professeur Carrière : « C'est une rareté, mais je reste convaincu de son existence. »

Cependant, si l'on réunit toutes les observations écrites à ce sujet, on peut dire que l'on est en possession aujourd'hui d'une quarantaine de cas.

C'est généralement chez des sujets jeunes de 18 à 30 ans que l'on observe la typhose syphilitique et principalement chez la femme. Celle-ci, en effet, paraît plus souvent atteinte que l'homme et Bournoville donne une proportion de 16 cas sur un total de 25, attribuant cette forte proportion à ce fait que l'accident initial, le chancre est souvent méconnu et ne permet par conséquent pas d'instituer immédiatement le traitement.

La typhose syphilitique apparaît comme un accident secondaire le 45e jour, en moyenne, après la date d'apparition du chancre infectant.

Le chancre induré est parfois unique, plus souvent multiple, quelquefois phagédénique, avec comme siège soit les organes génitaux, soit l'extrémité céphalique. On s'est demandé, en ce qui concerne ce dernier siège, par analogie avec la rage, s'il ne constituerait pas par lui-même un facteur d'aggravation.

En ce qui concerne les rapports dans le temps de l'éruption et de la typhose syphilitique, on peut dire que celle-ci apparaît d'une façon générale avant celle-là ou en même temps. Rarement elle vient après.

ÉTUDE CLINIQUE

Invasion.

Le début est comme celui d'une syphilis ordinaire, la typhose n'étant qu'une modalité de la syphilis où le système nerveux est particulièrement atteint. Le malade qui a contracté la vérole, l'accident initial étant quelquefois passé inaperçu, voit apparaître l'éruption roséolique sans s'être jamais douté de quoi que ce soit.

Mais bien que le début insidieux soit le plus général, il peut se faire que les malades éprouvent des troubles divers avant l'apparition de la roséole et de la typhose; ce sont des douleurs, des troubles nerveux et surtout des troubles généraux.

Les malades se plaignent d'anorexie, de bourdonnements d'oreille et les maux de reins, disent-ils, ne les quittent plus; déjà, à cette période, les malades se sentent fatigués après le moindre effort.

Puis l'asthénie s'accentue, des frissons secouent le malade qui se plaint d'une céphalée intense et a parfois des épistaxis. La fièvre s'installe et précède

assez souvent l'état typhique d'un ou deux septenaires; elle augmente tous les soirs de 0°2 à 0°5 pour aboutir à une hyperthermie élevée.

Le pouls est rapide, dicrote; l'insomnie est presque complète.

La bouche est pâteuse, la langue saburrale; les nausées, les vomissements ne sont pas rares. Le ventre est assez souvent tendu, douloureux; il y a de la diarrhée ou de la constipation; la rate peut être tuméfiée et l'on peut percevoir quelquefois du gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Période d'Etat.

Cette période qui n'est faite que de l'exagération des symptômes de la période précédente, en particulier des symptômes nerveux : asthénie, prostration et stupeur, nous donne l'aspect clinique d'un véritable état typhoïde.

Tube digestif.

L'anorexie se rencontre presque toujours; malgré cela la boulimie peut s'observer et nous relevons dans une observation de Courtaux le passage suivant :

« La malade ne fait plus que manger et boire, ce qui l'étonne d'autant plus que cet appétit excessif existe avec un état de malaise général très accentué et des accès de fièvre quotidiens; elle affirme n'avoir

jamais eu un appétit semblable à celui qu'elle présente actuellement. »

La soif est vive.

La langue est saburrale et presque toujours humide, ce qui peut être un élément de diagnostic différentiel avec la fièvre typhoïde.

L'abdomen est assez fréquemment tendu et ballonné; toute sa surface est hyperesthésiée, notamment au niveau de la fosse iliaque droite. A la palpation, on produit du gargouillement en même temps que de la douleur.

D'après Bournoville, la diarrhée se rencontre presque aussi souvent que la constipation dans la typhose syphilitique. Les selles sont liquides, glaireuses, plus ou moins abondantes, fétides, tachant le linge ,renfermant des grumeaux et sont d'une couleur ocre bien franche.

A l'examen microscopique, on voit des cristaux de cholestérine, des débris épithéliaux et des lobules graisseux. Les sels biliaires y sont en grande quantité.

Au point de vue bactériologique, on trouve du coli-bacille presque à l'état de pureté. Ce coli-bacille présente les caractères classiques, il ne s'agit pas de types paracolibacillaires. Il n'est pas virulent.

On n'a pas trouvé dans ces selles de bacille d'Eberth.

La rate est généralement tuméfiée, ainsi que le

foie qui déborde les fausses côtes de 2 ou 3 travers de doigt. Son fonctionnement est défectueux et on a pu y déceler le syndrome urologique révélateur : glycosurie alimentaire, urobilinurie et hypertoxicité urinaire.

Appareil respiratoire.

La respiration est fréquente, l'haleine est fétide, jamais l'irrégularité du rythme n'a été noté.

Les manifestations laryngées et le coryza ont toujours été absents. Notre malade présentait de la rougeur diffuse de la gorge et sur chaque pilier antérieur du voile du palais une plaque muqueuse qui correspondait à la roséole.

On peut rencontrer dans la typhose syphilitique des râles de bronchite, des sibilances que l'on trouve au début de la fièvre typhoïde. Le Professeur Carrière a trouvé, chez deux de ses malades, les mêmes râles bulleux qui sont si caractéristiques chez les vrais typhiques.

Appareil circulatoire.

Contrairement à ce que l'on constate dans la dothiénentérie, le cœur est rarement touché dans sa fonction par la syphilis.

La fréquence du pouls est marquée (150 pulsations en moyenne), son augmentation est généralement parallèle à celle de la température. Il est dicrote.

La tension artérielle est différente suivant les cas; au début elle est plutôt faible.

A l'examen du sang; on constate une hypoglobulie très marquée (3.000.000 à 3.500.000). Les globules rouges petits, sont très pâles et souvent déformés. La teneur en hémoglobine est diminuée (de 35 %). La coagulation dans la cellule à rigole paraît retardée et le reticulum fibrineux assez maigre. Le nombre des hématoblastes est au-dessus de la normale. Le nombre des leucocytes augmente au contraire et va jusqu'à 12 et 15.000 : ce sont des lymphocytes qui dominent (49 %), puis les mononucléaires (15 %).

Le nombre des éosinophiles est augmenté (6 %).

Les ganglions sont généralement hypertrophiés; cette hypertrophie se fait sentir à la nuque, à l'aine, dans les aisselles et aux épitrochlées. Chez notre malade nous avons noté une légère adénopathie cervicale bilatérale faite de ganglions petits, indolores et non augmentés de consistance.

Système nerveux.

La prostration des malades est complète et la stupeur est peinte sur leur visage. Ils répondent à peine aux questions qu'on leur pose et souvent ils délirent. Les narines sont animées de mouvements rapides, le regard se perd sans expression, les lèvres tremblottent, recouvertes de fuliginosités et il

semble que le malade marmotte à voix basse des mots inintelligibles et s'adresse à des êtres imaginaires ou invisibles. Les membres sont en résolution complète et ce n'est que rarement qu'on observe la carphologie ou les soubresauts tendineux.

C'est donc à s'y méprendre l'aspect du typhique.

La céphalée est intense, localisée ou généralisée, son caractère principal est l'acuité; elle est constituée par une douleur aiguë qui ne laisse aucun repos au malade, son paroxysme étant nocturne.
continue ou paroxystique; elle est toujours pénible.

Mais ce qui nous a paru intéressant dans notre observation, c'est que cette céphalée faisait partie d'un syndrome méningé très net. Nous avons noté en effet : de la raideur de la nuque, un Kernig marqué, et la ponction lombaire nous a donné un liquide clair, légèrement hypertendu, avec une lymphocytose relativement abondante et une quantité notable d'albumine.

La photophobie existe parfois et nous relevons dans une observation de Monier (Thèse de Bordeaux, 1872) le passage suivant :

« C'est avec peine que la malade supporte toutes les questions; elle ne peut souffrir la lumière de la chambre. »

Les muscles sont douloureux; les névralgies et les troubles sensitifs ne sont pas rares; l'ostéoalgie tibiale n'est pas un des moindres.

M. Tavernier relate une hyperesthésie généralisée des téguments. « On constate, dit-il, une hyperesthésie tégumentaire telle, que le moindre attouchement arrache des cris au malade. »

Il a parfois du délire, le plus souvent il s'agit de subdélire, de marmottement.

Les troubles moteurs ont toujours fait défaut. Il n'en est pas de même de la mydriase, des bourdonnements d'oreille, des éblouissements.

Examen des urines.

Elles sont peu abondantes (5, 6, 800 cc.).

Leur densité oscille entre 1025 et 1030; elles ressemblent à du bouillon foncé. Elles sont acides. Le taux de l'urée est très élevé (il oscille entre 50 et 70 gr.) et il reste à ce chiffre pendant toute la période d'état. L'acide urique est aussi plus abondont qu'à l'état normal (0,95 à 1,65). On trouve de la leucine, de la tyrosine et de la créatine.

Le taux des chlorures, des phosphates et des sulfates est normal ou légèrement augmenté.

Pas d'indicanurie.

La toxicité urinaire est un peu exagérée; la perméabilité rénale diminuée, ainsi que l'activité glycolytique des tissus.

En ce qui concerne la quantité d'urine nous relevons dans la thèse de Courtaux (Thèse Paris, 1871) une observation où l'on parle de trois litres par

24 heures avec une densité = 1.004, sans traces de glycose.

La peau des malades est chaude, moite, parfois l'on constate des sueurs tellement profuses que l'on pourrait penser à la suette.

Comme dans la fièvre typhoïde, on peut trouver des taches lenticulaires s'effaçant sous la pression du doigt et siégeant dans le dos, l'abdomen et les membres. Elles persistaient pendant 4 ou 5 jours. Elles peuvent être facilement confondues avec les taches rosées et n'en diffèrent que parce qu'elles sont moins grandes que celles de la roséole, ont une durée éphémère, une apparition rapide et ne présentent pas la collerette de Biett pathognomonique de la roséole.

La fièvre est intense à la période d'état; la température oscille aux environs de 40° avec une légère rémission matutinale de quelques dixièmes de degré, la courbe forme souvent un plateau.

EVOLUTION

Deux fois seulement la typhose syphilitique s'est terminée par la mort; un cas de Hayem et un cas de Rolleston, bien que le traitement antisyphilitique fut institué en temps opportun. Dans ce dernier cas, on note une imprégnation très marquée du système nerveux; il y a notamment du ptosis et un violent délire.

Mais le plus souvent la fièvre et les symptômes généraux disparaissent avec l'apparition de l'éruption.

En tout cas, d'une façon générale, le traitement spécifique a vite raison de la typhose dans un délai de deux à vingt jours.

C'est ce qui nous a été permis de constater chez notre malade; avec la disparition des phénomènes généraux et de l'abaissement de la température, nous avons noté une diminution, puis une disparition des phénomènes méningés.

Nous faisons remarquer en passant l'importance de la ponction lombaire qui n'avait pas été encore

faite en pareil cas et qui permet, grâce à la diminution de la réaction lymphocytaire, d'assister au jour le jour à la rétrocession de la réaction méningée et qui permet également d'apprécier cette réaction alors qu'elle ne l'était pas cliniquement.

La réaction de Wassermann pratiquée à l'aide du liquide céphalo-rachidien ne tarde pas à devenir négative.

Le sang se modifie rapidement : le nombre de globules, l'hémoglobine augmentent rapidement; la formule hémo-leucocytaire redevient normale.

Quant au pouls, il ne semble pas suivre ici la marche de la température et il est resté élevé pendant deux ou trois jours encore.

La quantité d'urine augmente brusquement. l'urée, l'acide urique et les autres sels retombent au taux normal. Le malade est guéri des accidents qu'il a présentés, il ne lui reste plus que sa syphilis à soigner.

Les rechutes sont exceptionnelles et comme complications on a signalé de la péricardite et de l'albuminurie qui cédèrent d'ailleurs rapidement.

PRONOSTIC

Tous ces malades ayant été atteints de typhose syphilitique n'auront probablement pas été suivis, car dans la littérature nous ne relevons rien qui puisse nous renseigner sur l'évolution ultérieure de leur syphilis. La typhose n'a-t-elle été qu'un simple incident dans leur passé pathologique, ou bien permettait-elle de porter un pronostic tout au moins réservé, c'est ce que nous serions assez portés à croire. Si comme nous le pensons, la typhose syphilitique s'accompagne toujours de réaction méningée plus ou moins marquée, il nous semble qu'il y a là une localisation du virus hemotrope d'autant plus dangereuse qu'elle est précoce et nous nous demandons si ces malades ne seront pas, dans un avenir relativement proche, des candidats aux accidents si redoutables du tabès ou de la paralysie générale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

C'est une question qui est très peu connue, pour la raison bien simple que, d'une façon générale, on peut dire que l'on ne meurt pas de typhose syphilitique.

Cependant Hayem et Tissier ont pu autopsier une malade atteinte de syphilis secondaire qui avait succombé à la suite de la typhose.

« Ils trouvèrent dans le cacum une ulcération de 15 millimètres de diamètre ,irrégulièrement arrondie, à bords déchiquetés, à fond blanchâtre, s'étendant jusqu'à la musculeuse. Dans le colon transverse il y avait 2 ulcérations peu profondes de 1 centimètre de diamètre. A l'union du cœcum et du colon ascendant, on voyait 2 érosions transversales et fissuraires. L'intestin grêle était seulement hyperémie. On trouvait des ulcérations dans le colon ascendant. Microscopiquement les auteurs ne purent rapporter ces ulcérations ni à la dothiénentérie, ni à la tuberculose, ni à la dysenterie, ni à la luccémie; ils en conclurent qu'il s'agissait de syphilis. »

DIAGNOSTIC

1° Positif.

Quand on se trouve en présence d'un état typhoïde dont on ne s'explique pas très bien la nature, chez un malade qui nie ou ignore sa vérole, il faut, disait le Professeur Fournier, dans la série d'hypothèses que vous aurez faites, réserver une place à la syphilis.

Etant donné la rareté de cette affection, ce qui nous paraît difficile, en effet, ce n'est pas tant de faire le diagnostic puisque nous avons des moyens de laboratoire perfectionnés, mais de penser à l'existence possible d'une typhose syphilitique.

Nous pourrons être amenés sur la voie de ce diagnostic par la constatation d'un ou de plusieurs des signes suivants :

La céphalée avec son acuité et son paroxysme nocturne, des plaques muqueuses, l'abondance des éléments éruptifs, des adénopathies, des arthralgies,

des périostoses, des myosalgies, des ostéoalgies, de l'alopécie enclairière.

En présence, disons-nous, d'un ou de plusieurs de ces signes, nous devons faire pratiquer une réaction de Wassermann et un traitement antisyphilitique immédiat.

Pouvant avoir une fièvre typhoïde évoluant chez un syphilitique avec une réaction de Wassermann positive, il nous semble que l'influence du traitement spécifique sur la typhose où l'on constate la disparition, à vue d'œil, des symptômes, nous apparaît comme la confirmation nécessaire du résultat obtenu par la réaction de Wassermann pour pouvoir affirmer le diagnostic de typhose syphilitique.

2° Différentiel.

Le diagnostic différentiel pourrait être fait avec toutes les affections s'accompagnant d'état typhoïde, mais il nous semble que pratiquement on devra surtout envisager le cas du typhus exanthématique et le cas de la dothiénentérie.

1° *Dothiénentérie.*

1) L'état saburral et humide de la langue, chez un sujet qui présente l'aspect typhoïde, doit faire penser à une fièvre typhoïde anormale ou à autre

chose qu'une fièvre typhoïde. Bien que la langue soit en général humide, nous devons dire que cet état d'humidité ne nous paraît pas un moyen bien fidèle de diagnostic différentiel; pour le cas qui nous concerne la langue était presque rôtie.

2) L'intensité extrême de la céphalée et surtout le caractère d'acuité qu'elle présente plaide en faveur de la typhose syphilitique.

3) La sudation extrêmement abondante qui peut couvrir le corps des malades ne se trouve guère avec cette intensité chez les typhiques.

4) L'abondance des éléments éruptifs, leur généralisation devront faire penser qu'il y a dans l'état typhoïde quelque chose d'anormal.

5) L'absence du bacille d'Eberth dans les selles ou dans le suc retiré par la ponction de la rate serait contre l'hypothèse de la dothiénentérie.

6) L'examen du sang.

7) Le séro-diagnostic.

8) La réaction de Wassermann.

2° *Typhus exanthématique.*

Début brusque, pas de phénomènes abdominaux (diarrhée, douleur dans la fosse iliaque droite, météorisme), par l'absence de taches rosées lenticulaires, par la présence et les caractères de l'exanthème : macules rouges, arrondies qui deviennent

hémorragiques, c'est-à-dire pourprées, ne s'effaçant pas sous le doigt dans le typhus pétéchial.

Enfin, il faudra penser à la notion d'épidémicité, le malade n'a-t-il pas été exposé à la contagion: était-il propre et surtout n'était-il pas porteur de poux ?

PATHOGENIE

On a pensé que la typhose syphilitique pouvait être due à l'hypervirulence de l'agent syphilitique d'une part, évoluant sur un terrain affaibli d'autre part. Nous trouvons là les deux termes suffisants pour déterminer une septicémie : la typhose syphilitique serait donc une septicémie à tréponèmes.

Mais cette hypervirulence n'est rien moins que démontrée et le Professeur Carrière, qui s'est occupé de cette question, pense qu'à son époque, il était difficile de l'affirmer puisque l'agent syphilitique n'était pas connu; comment aurait-on pu connaître sa virulence : elle était tout au plus soupçonnée.

On donnait comme preuve de cette hypervirulence l'éclosion de chancres phagédéniques précédant celle de la typhose; le fait est loin d'être général et on relève dans un certain nombre d'observations des chancres passant pour ainsi dire inaperçus. D'ailleurs parmi les quelques rares malades qui ont pu être suivis, leur syphilis ne semblait pas se manifester d'une façon particulièrement grave.

Enfin, comment se ferait-il qu'un virus si virulent cède aussi facilement sous l'influence du traitement ? Il suffit de lire un certain nombre d'observations pour se convaincre que la guérison a été obtenue dans des limites ne dépassant pas 20 jours.

La 2e proposition « sur un terrain affaibli » ne semble pas non plus très défendable.

On a donné comme raison que la typhose se rencontrait plus souvent chez la femme « moins robuste » que l'homme. Mais si cette expresion de « moins robuste » nous semble peu précise, il n'est nullement démontré que la femme n'est pas aussi apte que l'homme à se défendre contre une infection quelle qu'elle soit. Elle nous paraît tout au moins aussi douée et nous n'en voulons pour preuve que le rôle que lui a dévolu la nature pendant la gestation. Elle doit d'une façon absolument prévue, non fortuite, se défendre contre les nombreuses causes d'intoxication qu'engendre cet état et notamment contre celles d'origine fœtale qui sont aujourd'hui des faits bien connus.

D'ailleurs, pour le cas qui nous a occupé, il s'agissait d'un homme bien portant et non en état de débilité.

On a pensé aussi qu'il pouvait s'agir d'une infection secondaire, d'une septicémie associée. Sur quoi se baser pour dire cela, les hémocultures sont restées négatives. « L'examen bactériologique et l'en-

semencement du sang sont restés négatifs dans les cas observés par moi » (Carrière).

Mais ce qui nous a frappés dans notre observation, ainsi que dans celles qui nous ont été communiquées par M. le Docteur Schulmann, c'est de voir apparaître au milieu des symptômes constituant l'état typhoïde, des symptômes méningés. De plus. au cours de l'évolution, nous avons pu voir, sous l'influence du traitement spécifique, disparaître parallèlement les symptômes méningés, y compris la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien et les symptômes généraux, et nous nous sommes demandés s'il ne fallait pas voir une certaine dépendance entre ces deux ordres de faits et si en réalité ce ne serait pas cette localisation prédominante du tréponème sur les méninges qui expliquerait en quelque sorte l'état typhoïde et pourrait tout au moins permettre de distinguer dans la forme aiguë, décrite par Fournier, une forme clinique épisodique de la syphilis cérébro-méningée .

TRAITEMENT

L'état saburral des voies digestives d'une part, la constatation faite par Hayem au cours d'une autopsie de l'existence d'ulcérations intestinales d'autre part; nous commande par mesure de prudence, bien que l'on ne soit pas encore fixé sur la nature même de ces ulcérations, d'instituer comme régime : la diète liquide.

Il est d'autant plus naturel de l'ordonner que dans la plupart des cas le diagnostic est hésitant, que l'hypothèse d'une fièvre typhoïde peut-être vraisemblable; ce régime permettra donc d'attendre en toute sécurité le résultat de la réaction de Wassermann.

Il pourra se composer de potages, de lait (2 litres par jour), auxquels nous joindrons des vins alcoolisés, vin de quinquina, du café, qui pourront lutter utilement contre l'état adynamique.

Quant au traitement, nous citerons pour mémoire, l'emploi du mercure qui avait été prescrit en frictions, à la dose de 4 grammes par jour pendant

10 jours et qui avait eu parfaitement raison des accidents tant généraux que locaux.

Nous avons employé des doses réduites de novarsénobenzol auxquelles nous avons adjoint le mercure, dont une longue expérience a démontré la valeur curative. Cette combinaison est mise en œuvre à Saint-Louis où l'on fait alterner les injections intraveineuses de néosalvarsan et de cyanure de mercure.

Nous avons donc fait une première injection de 0 gr. 30 de novarsénobenzol qui a fait tomber la température d'un degré dans les 24 heures; nous avons fait ensuite une injection intraveineuse de cyanure de mercure de 0 gr. 01 pendant 4 jours. Nous avons recommencé 2 autres séries et au bout de 15 jours du traitement, le malade a quitté l'hôpital parfaitement guéri; un mois après la réaction de Wassermann était négative.

Bien que le malade fut guéri, nous n'oublierons pas qu'il a eu une localisation méningée et selon les conseils de M. le Professeur Jeanselme, nous pratiquerons de temps en temps un examen systématique du liquide céphalo-rachidien pour prévenir les accidents consécutifs à une réaction méningée chronique, même torpide, en instituant un traitement spécifique en temps opportun.

OBSERVATIONS

1re Observation inédite communiquée par M. le Dr Schulmann.

Pierre C..., 52 ans, employé de commerce, entre le 17 avril 1920 salle Saint-Thomas, lit n° 32, dans le service du Professeur Roger, suppléé par le Docteur Trémolière.

Le malade est dans un état de prostration et d'abattement très marqués, il répond difficilement aux questions posées, il semble être dans un état de torpeur, étendu inerte, un peu en chien de fusil. On apprend avec difficulté que 4 jours auparavant il est pris de frissons répétés pendant 2 jours avec des intervalles égaux, ces frissons n'ayant en rien la solennité du frisson pneumonique ou paludéen.

Il a une céphalée vive, 2 vomissements, pas d'épistaxis, le médecin appelé dès le début a aussitôt pensé à une fièvre typhoïde. Depuis 4 jours, le malade a une température oscillant entre 39° et 40°.

A l'examen le malade prostré a la langue sèche, presque rôtie; il évite la lumière et semble avoir un peu de photophobie.

L'abdomen est souple avec un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite. Pas de splénomégalie, ni

de diarrhée. On est frappé par une éruption de taches rosées, irrégulières, presque confluentes ressemblant à une éruption morbilliforme par endroits, s'effaçant sous la pression du doigt, disposés abondamment sur l'abdomen, la partie inférieure du thorax, la racine des cuisses, les fesses. Les membres et la face sont respectés.

La gorge est rouge; on note sur la face antérieure de chaque pilier une petite ulcération, irrégulière grisâtre de 2 cm. ½. Il y a un léger catarrhe conjonctival.

Les urines sont hautes en couleur, sans albumine.

Système nerveux. — On note de la raideur de la nuque au signe de Kernig. Pas de Babinski. Température à 40°.

Deux diagnostics sont alors discutés : fièvre typhoïde bien entendu et celui de typhus exanthématique, car le malade habite une maison du quartier de l'Hôtel-de-Ville où sont des réfugiés russo-polonais. Disons cependant qu'il semble propre : pas de poux.

Une ponction lombaire pratiquée donne un liquide légèrement hypertendu, albumine 0 gr. 90, 30 lymphocytes. Wassermann du liquide est positif.

Le résultat de cette ponction lombaire, principalement le Wassermann, est une surprise. A vrai dire, l'étendue de l'éruption nous semblait être autre chose qu'une roséole.

Nous complétons nos recherches par l'hémoculture; la réaction de Weil Félix est négative et inversement la réaction de Wassermann dans le sang est positive.

Nous pensons alors à la possibilité d'une typhose syphilitique chez un individu en pleine syphilis secondaire dont le chancre aurait passé inaperçu et nous

pratiquons le lendemain de l'entrée une injection de 0 gr. 30 de Novarsénobenzol.

La température tombe le lendemain d'un degré; nous faisons du cyanure d'hydrargyre intraveineux (1cg par jour), la température continue à descendre. Le 2e jour, 39° 3; le 3e jour, 38°; le 6e jour, 37°.

Ainsi donc, sous la simple influence du début de traitement, l'état fébrile disparaît et avec lui la céphalée, la raideur de la nuque, le Kernig.

Le 23 avril, soit une semaine après l'entrée : nouvelle ponction lombaire : lymphocytes, 3; albumine, 0,40; réaction W., positive, mais faiblement.

La série de Néosalvarsan est continuée ainsi que le cyanure et le malade quitte le service au bout de 15 jours. Au bout d'un mois, il est parfaitement guéri; la réaction de Wassermann est négative.

2e Observation inédite (Dr Schulmann).

Mme M..., concierge, 27 ans. Syphilis secondaire. Roséole. Plaques muqueuses buccales et vulvaires. Elle vient consulter, le chancre étant apparu 2 mois auparavant. Se dit fiévreuse depuis 8 jours.

Température : 38° 2.

Ponction lombaire : lymphocytes, 32; albumine, 60; Wassermann positif.

Le traitement est institué; la réaction fébrile est très marquée après la première injection de Néosalvarsan; puis la température devient normale. La ponction lombaire faite 15 jours plus tard montre un liquide normal.

3e Observation inédite (Dr Schulmann).

Mme JJ..., 21 ans, blanchisseuse, chancre il y a un mois; actuellement plaques muqueuses hypertrophiques des grandes lèvres, souffre de la tête depuis huit jours. Température : 38° 5.

La malade est hospitalisée salle Saint-Louis pendant huit jours.

La température se maintient entre 37° 9 et 38° 6. Une ponction lombaire montre :

Albumine, 0 gr. 75; lymphocytes, 22; Wassermann positif.

Une série de Néosalvarsan est ordonnée. La température semble encore se maintenir après la première piqûre; elle tombe complètement après la deuxième.

CONCLUSIONS

I. — La typhose syphilitique, malgré sa rareté, mérite de conserver le droit de cité dans le cadre des manifestations de la syphilis acquise.

II. — Les méthodes sérologiques et bactériologiques mises actuellement à la disposition du praticien sont venues confirmer les données classiques du Professeur Fournier. Elles donnent un appoint non négligeable pour formuler un diagnostic parfois fort difficile, en particulier avec la fièvre typhoïde.

III. — Le tableau symptomatique remarquablement tracé par Fournier est toujours exact et les observations publiées n'y ont apporté aucun élément nouveau important.

IV. — De nombreuses interprétations ont été données pour expliquer la typhose; il nous semble qu'il y a lieu de relever la notion d'une atteinte élective du système nerveux et nous pensons qu'on peut voir

dans la forme aiguë décrite par Fournier, une forme clinique épisodique de la syphilis cérébroméningée.

V. — Une fois le diagnostic de typhose posé, le traitement devra être celui des méningites syphilitiques et on devra dans tous les cas faire appel aux renseignements indispensables de la ponction lombaire.

Vu : Bon à imprimer :
Le Président de Thèse,
JEANSELME

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPEL.

Vu :
Le Doyen,
ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

Ahleman. — *Th. Greifswald,* 1895. Alganos casos de fiebre syphil. Boll. de med. et cirurg. de Jam., 1879.

Andronico. — *La fiebre syphil.,* Lo spermantale, 1886.

Antonini. — *Th. de Paris,* 1876.

Boyx. — *De Doloribus muscul. in morbo Gallico in aphro disioco,* p. 849.

Brodrick. — *Dublin med.,* Presse, 1863.

Bucquoy. — *Gazette des Hôp.,* 1879.

Carrière. — *Gazette des Hôp.,* 1901.

Mac Carthey. — *Th. de Paris,* 1847.

Condamin. — *Lyon méd.,* 1900.

Courtaux. — *Th. de Paris,* 1871.

De Castelnau. — *Sur la fièvre syphil.,* Annales Maladies de la peau, 1845.

Dehoucq. — *Un cas de fièvre syphil.,* Tribune méd., 1888.

Dufloch. — *Courrier méd.,* 1883.

Farriolo. — *Riv. de Sc. med., Barcelone,* 1881.

Fergusson. — *A case of syphil., pyrex,* Journ. cal et vener., Diseases, 1884.

Fournier. — *Leçons sur la Syphilis.*

Galliard. — *Enteropathies syphil.,* Presse méd., 1897.

Guntz. — *Zeits f. méd. chir. u. Gebuntsch.,* 1863 et 1865.

Haygarth. — *Med. u. phys. Journ.,* 1860.

Jugold. — *Th. Paris,* 1875.

Janowsky. — *Beitrage z. Lehre,* von syph. Fieber vrtlj-schrf. prakt. Heilk., 1874.

LANCEREAUX. — *Leçons sur la Syphilis.*
LEREBOULET. — *Gazette hebd.*, 1900
MONIER. — *Th. de Bordeaux*, 1898.
MOURE. — *Th. de Paris*, 1875.
MUSTAPHA FAÏD. — *Th. de Paris*, 1875.
PETROWSYI. — *Vrathch*, 1881.
PHILIPS. — *Proc. med. soc. Lond.*, 1888.
POTAIN. — *Gazette des Hôp.*, 1878.
SCHUSLER. — *Complic. fébriles de la syph.*, arch. f. Dermat., 1873.
THOMAS. — *Atlanta M. S. Journ.*, 1878.
VERGELY. — *Bordeaux méd.*, 1877.
VIALANEIX. — *Th. de Paris*, 1889.
YEO. — *Tr. chir. soc., London*, 1884; Med. *Times*, 1884.
BOURNOVILLE. — *Th. de Lille*, 1901.
SIREDEY et LEMAIRE. — *Fièvre dans la période secondaire de la syphilis.* — Bull. et Mém. Société méd. des Hôp. de Paris, 1904.
BALZER. — *Un cas de fièvre syph. pris pour une typhoïde.* — Bull. et Mém. Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1904.
MOUTARD-MARTIN. — *Un cas de fièvre syph. simulant la fièvre typhoïde.* — Bull. et Mém. Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1904.
ROLLESTON. — *Deux cas de syphilis simulant la fièvre typhoïde.* — Médical Pressand Circular., 20 mars 1907.
GLASER. — *Syphilis et Fièvre*, Berliner Klin. Woch., 30 juin 1913, t. I, n° 26, pp. 1215-1217.
JORDAN. — *Fièvre syphil.*, Arch. für Dermatologie und Syphilis, 1911, t. 108, p. 513.
SOUDAKOW. — *Un cas de Fièvre syph. de longue durée.* Vratchbnaïa Gazette, 9 décembre 1912.

Imprimerie de " *L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE* "
7, rue de Valois, Paris.